

Aus dem pathologischen Institute zu Kiel.

Ueber das Vorkommen von primärem Krebs in mehreren Organen.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doctorwürde

der medizinischen Fakultät zu Kiel

vorgelegt von

Joseph Koch,

approb. Arzt

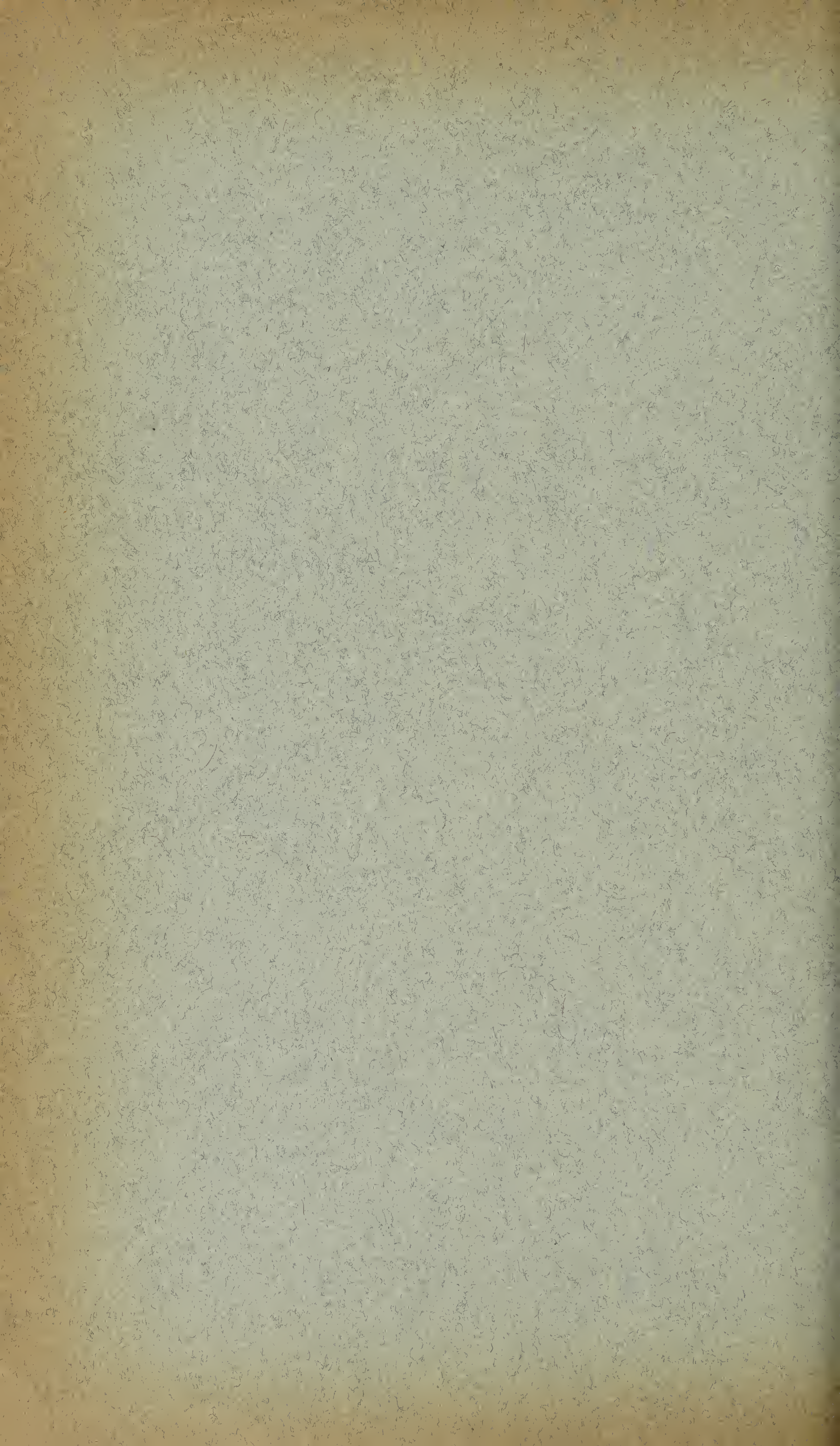
aus Münster i. W.

KIEL

Druck von P. Peters

1896.





Aus dem pathologischen Institute zu Kiel.

Ueber das Vorkommen von primärem Krebs in mehreren Organen.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doctorwürde

der medizinischen Fakultät zu Kiel

vorgelegt von

Joseph Koch,

approb. Arzt

aus Münster i. W.

KIEL

Druck von P. Peters

1896.

Nr. 23.
Rektoratsjahr 1896/97.
Referent: Dr. Heller.
Druck genehmigt: Dr. Werth,
z. Zt. Dekan.

Seinem lieben Onkel

Dr. med. Biederlack

in Freundschaft

gewidmet.

Es ist für den Pathologen keine seltene Erscheinung, Leichen zur Section zu bekommen, bei denen eine Krebsgeschwulst in Nachbar- oder auch entlegeneren Organen zahlreiche Metastasen gemacht hat, so dass man häufig von allgemeiner Carcinose des Körpers reden kann. Diesem häufigen Vorkommen primären Krebses mit secundären Geschwülsten steht das seltene Vorkommen von zwei oder mehreren primären Carcinomen bei einem Individuum als auffallende Thatsache gegenüber. Wir finden in der Litteratur ungemein viel über Krebs geschrieben, aber hierüber sind die Mitteilungen im ganzen recht spärlich. Der Grund hierfür ist wohl einerseits darin zu suchen, dass dieser pathologische Befund ein sehr seltener ist, andererseits mag es auch wohl Mangel an Aufmerksamkeit und Verständnis gewesen sein.

Wichtig aber ist das ganz gewiss, auf die Natur der einzelnen Geschwülste zu achten, denn so lange wir über die Aetiologie der Krebse wie der meisten Geschwülste überhaupt noch im Dunkeln sind, müssen wir immer mehr beobachten und in Bezug auf sie immer mehr Erfahrungen sammeln, denn hieraus resultirt unser Wissen.

Vielfach ist auch primäre Krebserkrankung in einem zweiten Organ mit Recidiven und Metastasen zusammengeworfen oder als solche angesehen; gegen das Vorkommen von multipler Krebserkrankung hat unseres Wissens noch kein Forscher geeifert.

Wenn wir uns in der Litteratur umsehen, so finden wir nur bei wenigen Forschern und zwar nur mit wenigen Worten meistens der Multiplicität der Carcinome gedacht, die wir nachher in Kürze erwähnen wollen. Das erste Mal, dass auf das Vorkommen multipler primärer Carcinome die Aufmerksamkeit eingehender gelenkt wird, scheint nach Schimmelbusch's [1]) Aus-

---

[1]) Schimmelbusch, Archiv für klinische Chirurgie. 1889, Bd. 39.

führungen die Gelegenheit der ersten Sitzung des III. Congresstages der deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1874 gewesen zu sein, wo v. Volkmann seine Mitteilungen über Beobachtungen der Theer- und Parrafinkrebse macht.

Er führt aus, wie bei Arbeitern in Braunkohlen- und Parrafinfabriken durch die reizende Einwirkung des Theers und des Parrafins auf die Haut sich sehr bald nach dem Eintritt in die Fabrik chronische Hautekzeme entwickeln, welche bei mangelnder Reinlichkeit allmählich zu hyperplastischen Erscheinungen der Epidermis führen. Die Epidermis verdickt sich entweder gleichmässig oder in Form einzelner miliarer Knötchen, die Talgdrüsen secerniren stärker und es entstehen reichliche seborrhagische Krusten und Schilder. Nach langer Einwirkung der schädlichen Momente komme es zu multiplen warzigen Bildungen und schliesslich können einzelne oder mehrere Warzen in Carcinome übergehen. Besonders treffe dies für Warzen am Scrotum zu. Er teilt dann drei Fälle von Parrafinkrebs mit, wodurch er seine Ansichten erläutert.

In derselben Sitzung berichten v. Bergmann und v. Esmarch über Multiplicität der Gesichtskrebse bei der sogenannten senilen Seborrhagie. Diese bei alten Leuten häufig vorkommende Erscheinung führe zunächst zum Auftreten sommersprossenähnlicher gelber bis gelbbrauner Flecken und zur Bildung von Schuppen in der Haut des Gesichtes, besonders bei mangelnder Sauberkeit, nachher entständen allmählich hypertrophische Bildungen der Haut, aus denen sich öfters Carcinome entwickelten. Bei beiden, sowohl bei den Theer- und Parrafinkrebsen als auch bei der senilen Seborrhagie finden wir ätiologisch chronische Reize, die häufig als die Erzeuger der Carcinome angesehen werden. Auch jene merkwürdige Krankheit, welche Kaposi Xeroderma pigmentosum benannt hat, scheint sehr zu Gunsten der Richtigkeit der Ableitung zu sprechen, denn auch hier haben wir chronische Reize, aus deren Folgen wir Entstehung des Carcinoms beobachten. In diesem Falle sind es die Sonnenstrahlen, die jene merkwürdigen Reize für die Haut darstellen. Werden solche dafür empfängliche, meist jugendliche Individuen bei grellem Sonnenscheine diesem ausgesetzt, so bilden sich an Körperteilen,

die nicht von der Kleidung bedeckt sind, zunächst rote Flecken, die unter Schuppenbildung wieder verschwinden. Werden diese Teile häufiger dann dieser schädigenden Einwirkung ausgesetzt, so erscheinen die roten Flecken bald wieder, lassen ein gelbes bis gelbbraunes Pigment zurück, woran sich dann hypertrophische Bildungen anschliessen, aus denen schliesslich Epithelkarcinome entstehen. Aber nicht nur in der Haut kommen die Carcinome in multipler Form vor, sondern auch in allen von Epithel bedeckten Organen. Vor allen aber ist zunächst zu prüfen, ob diese multiplen Neubildungen auch wirklich primärer Natur sind, oder ob sie von einander abhängig sind. Die erste Stütze zum Beweise der Unabhängigkeit von einander bietet uns in manchen Fällen die verschiedenartige Structur der Neubildungen, die morphologisch-histiologische Differenz. Haben wir zB. einen Plattenepithelkrebs der Haut und einen Cylinderkrebs des Rectums, so wäre es absolut nicht zu verstehen, wie aus einem Plattenepithelkrebs ein Cylinderkrebs entstünde und umgekehrt. Wären fortpflanzungsfähige Keime von einer Geschwulst nach dem Orte der zweiten weggeführt, so müssten sich doch aus diesen Keimen gleichartige entwickeln. Finden wir doch bei Metastasen eines primären Krebses nur immer diese selbige Form in den Metastasen wieder. Den zweiten Anhaltspunkt zur Erkennung der primären Natur zweier Carcinome geben uns die Lymphbahnen. Pflanzt sich ein Carcinom fort, so geschieht dies entweder durch Contact mit der Geschwulst, oder auf den Lymphwegen, in selteneren Fällen durch die Blutbahn, etwa durch eine nicht thrombosirte Vene. Das erste schliesst sich nun bei manchen Fällen von selbst aus, nehmen wir nun unsern Fall, der hier von Herrn Geheimrat Heller beobachtet ist, den wir nachher den litterarischen Fällen hinzufügen werden, Krebs des Magens und beider Ovarien. Von einem Contact kann zunächst in diesem Falle keine Rede sein. Sodann hätte der Krebs seine Fortpflanzung auf dem gewöhnlichen, dem Lymphwege nehmen können. Das ist nun dadurch auszuschliessen, dass der Krebs keine Spuren auf diesem Wege hinterlassen hat; bei der Metastasenbildung des Krebses ergreift der Krebs mit Sicherheit jedes mal die Lymphdrüsen, die er auf seinem Wege passirt. Finden wir nun auch

keine Lymphdrüsenschwellungen, so bliebe die Blutbahn als letzter Weg übrig, auf dem die Neubildung sich hätte fortpflanzen können. Dieser Keim würde aber in dem nächsten Capillarbezirk hängen bleiben und dort seine Veränderungen hervorrufen müssen. Gegen die Annahme der Fortpflanzung auf den Blutwegen spricht die Erwägung, dass doch, wenn einmal Infektionskeime in die Blutbahn gelangt sind, an den verschiedensten Stellen Neubildungen entstehen müssten. Schliessen wir aber alle Möglichkeiten der Verbreitung aus und können wir jede der Geschwülste von dem Epithel des eignen Bodens histogenetisch ableiten und hat womöglich jede Geschwulst seine eigenen Metastasen nur in den zugehörigen Lymphdrüsen gemacht, so können wir mit Recht an die primäre Natur der verschiedenen Carcinome glauben.

Wir wollen nun im folgenden versuchen, in Kürze darzustellen, was von den einzelnen Autoren von dem gleichzeitigen Vorkommen primären Krebses in verschiedenen Organen berichtet ist, und zwar wollen wir uns möglichst in der Reihenfolge der einzelnen Fälle an die Zeit halten, in der sie berichtet sind. Zwar sollen unsere Ausführungen nicht den Anspruch machen, dass sie erschöpfend seien, denn dazu sind die einzelnen Fälle in der Litteratur zu zerstreut.

Schon vor dem vorerwähnten III. Congresstage der deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1874 sind hier und da in der Litteratur vereinzelte Angaben über das mehrfache Vorkommen von Krebs gemacht, jedoch nicht mit der Deutlichkeit, dass man daraus ersähe, dass es den Forschern als etwas noch unbekanntes erschienen wäre. Wir müssen daraus schliessen, dass dieselben die Multiplicität des Krebses wohl zumeist als Metastasen aufgefasst haben. So findet sich in dem Lehrbuch der pathologischen Anatomie von Förster aus dem Jahre 1864 die Bemerkung über Krebs, dass dieser entweder einfach auf ein Organ als Geschwulst begrenzt, oder vielfach sei, wenn in einem Organ, oder verschiedenen Organen mehrfache Geschwülste zugleich aufträten. Auch Virchow giebt in seiner Abhandlung: „Ueber krankhafte Geschwülste“ 1863 die Multiplicität der Krebse zu, jedoch nicht so, dass man daraus ersieht, dass grade auf das primäre Entstehen derselben Gewicht gelegt sei. Klebs erwähnt in seinem

Handbuch der pathologischen Anatomie von 1869 drei Fälle von Implantation des Krebses, die wir jedoch in unserm Sinne nicht verwerten können, weil hierbei eine Beziehung zwischen Mutter- und Tochtergeschwulst vorliegt. Wie oben erwähnt, wurde 1874 auf dem III. Congresstage der deutschen Gesellschaft für Chirurgie zum ersten Male das multiple Vorkommen von primärem Krebs eingehender erörtert, und zwar von v. Volkmann, dessen Berichte über Theer- und Paraffinkrebs wir schon oben erwähnten. 1875 wurde von demselben Autor ein Fall von doppeltem primärem Krebs veröffentlicht. [2])

I. Fall. (v. Volkmann). Es handelte sich um eine Bauernfrau von 47 Jahren, welche wegen eines seit 2 Jahren bestehenden Mastdarmcarcinoms zur Operation kam.

Nach Entfernung des Tumors stellte die mikroskopische Diagnose Cylinderepithelkrebs des Rectums fest. Nach 7 Jahren kam die Frau wieder mit einem haselnussgrossen Tumor an der Grenze der Nates und der Mastdarmschleimhaut, nach dessen Excision man die mikroskopische Diagnose auf Cancroid mit verhorntem Plattenepithel stellte. —

Wenn auch die beiden Geschwülste nicht zu gleicher Zeit im Körper bestanden, so müssen wir doch wohl diesen Fall in unserm Sinne verwerten, denn zunächst war die morphologische Struktur der Geschwülste verschiedenartig und ausserdem kann auch eine Geschwulst wohl nicht mit einer alten vor sieben Jahren in Zusammenhang gebracht werden, sodass das primäre Entstehen beider Geschwülste wohl ausser Zweifel liegt.

II. Fall. (Hausmann. 1876.) [3]) Doppelter Nebennierenkrebs.

Mann von 62 Jahren, abgesehen von einem chronischen Rachenkatarrh bis zu seinem jetzigen Leiden stets gesund gewesen. Leidet seit 3 Jahren an Müdigkeit, Schlaflosigkeit, Obstipation, welche Beschwerden er auf einen Sturz auf einem Eisenbahnwagen zurückführt. Badekur in Kissingen, sowie Traubenkur in Meran wirkten nach seiner Angabe verschlimmernd auf seinen Zustand. Nach einer Erkältung traten Katarrh auf beiden Lungen,

---

[2]) v. Volkmann, Beiträge zur Chirurgie 1875.

[3]) Berliner klinische Wochenschrift 1876. Hausmann.

geringe Hämoptoe und Schmerz in dem rechten untern Lungenlappen ein. Nach einem halben Jahre erfolgte der Tod an zunehmenden Verdauungsstörungen und an Marasmus. Die Autopsie ergiebt krebsige Geschwülste beider Nebennieren von der Form unregelmässiger Dreiecke von rechts $1\frac{1}{2}$, links 2 Zoll Höhe bei $\frac{3}{4}$ Zoll Dickendurchmesser. In fast allen anderen Organen fanden sich metastatische Knoten, in der Lunge, Pleura, Darm, Nieren, Leber, Milz.

III. Fall. (von Winiwarter 1878.)[4]) 62jährige Frau kommt zur Sektion mit folgendem Befund:

Beide Brustdrüsen krebsig entartet, mit metastatischen Knoten in der Leber, im Zwerchfell und in den Mesenterialdrüsen. Auch die Achseldrüsen sind mit ergriffen. Ausserdem Carcinom des Jejunums, fast ringförmig von der Dicke eines kleinen Fingers, das Darmlumen fast ganz verlegend. —

Anknüpfend an diesen Fall, fügt v. Winiwarter, nachdem er die Abhängigkeit des Darmkrebses von den krebsigen Erkrankungen der Brustdrüsen geleugnet hat, noch hinzu: Man wird in solchen Fällen zu einer Erklärung gedrängt, die scheinbar paradox ist, die auch nicht bewiesen werden kann, für welche aber immer einzelne Fälle sprechen, nämlich die Annahme einer Krebsentwicklung ganz unabhängig vom primären Heerde.

IV. Fall. (Kaufmann 1879). [5]) Carcinoma ovarii et mannuae.

Dieser Fall, bei dem weder Sektion gemacht wurde, noch das Mikroskop entschied, wird von dem Verfasser als doppelter primärer Krebs angesehen, und deshalb wollen wir ihn miterwähnen, wenngleich er nicht einwandfrei ist. —

Es handelt sich um eine 52jährige Frau, bei der vor 13 Jahren ein Unterleibstumor constatirt ward. 5 Jahre später bemerkt sie einen taubeneigrossen Tumor in der linken Achselhöhle, der allmählich wuchs und schmerzhaft wurde und Tumoren über und unterhalb der Clavicula und Schwellung des Armes hervorrief. Bis vor $1\frac{1}{2}$ Jahren soll die linke Brust gesund gewesen sein, dann aber entwickelte sich auch dort ein Knollen. Vor $\frac{1}{2}$

---

[4]) v. Winiwarter. Beiträge zur Statistik der Carcinome. 1878.

[5]) Kaufmann, Virchow's Archiv, Bd. 75, 1879.

Jahre bildete sich ein Tumor an der neunten rechtsseitigen Rippe und vor 2 Monaten Lymphdrüsenschwellungen in der rechten Achselhöhle. Der Ovarientumor wächst schneller.

V. Fall. (Kaufmann 1879)[6]) 46jähr. Mann, der wegen einer erbsengrossen Cyste im linken oberen Augenlid schon mal operirt ist. Die Cyste hatte relativ dicken Balg und braunroten, krümlichen Inhalt. Nach 3 Monaten Recidiv in Form einer die innere Hälfte des obern Lides einnehmenden Geschwulst, der Innenwand der Orbita fest aufsitzend. Nach der Excision wurde die mikroskopische Diagnose auf Krebs, von den Talgdrüsen ausgehend, gestellt. ½ Jahr später wiederum Aufnahme in die Klinik wegen Stuhlbeschwerden, starkem Tenesmus und reichlichem Abgang von Blut und Schleim bei der Defäcation. Diagnose: Carcinoma recti. Operation nicht gemacht, weil inoperabel, sondern nur Behandlung des Darmverschlusses mit Bougies. Die Section wurde verweigert, jedoch ein Stückchen des Tumors excidirt und die Diagnose auf Cylinderepithelialkarcinom gestellt.

VI. Fall. (Chiari 1881)[7]) In der Leiche einer an Phlegmone nach Exstirpation eines Vulvacarcinoms (mikroskopisch ein von der Epidermis ausgehendes Epithelcarcinom) verstorbenen 52jährigen Frau findet sich im Anfangsteile des colon ascendens eine, dessen Wand in der Länge von ca. 3 cm substituirende, dasselbe mässig strictuirende, oberflächlich exulcerirte, skirrhoese Aftermasse, welche mikroskopisch als von den Lieberkühn'schen Krypten entwickeltes Carcinoma fibrosum festgestellt werden konnte.

VII. Fall. (Beck 1883)[8]) Carcinoma uteri et flexurae coli sinistrae.

45jährige Frau, bei der die klinische Diagnose auf carcinoma uteri et ventriculi gestellt war. Die Obduction und mikroskopische Untersuchung ergab kurz folgendes: vom Uterus nur der Corpus und der Fundus erhalten. Cervix und oberer Teil der Vagina zerstört. In beiden ligamentis latis weiche, zerfliessliche Tumoren.

---

[6]) Kaufmann, Virchow's Archiv. Bd. 75. 1879.

[7]) Chiari-Bericht der k. k. Krankenanstalt „Rudolfstiftung in Wien 1881.

[8]) Prag, klinische Wochenschrift VIII. 1883.

Der Dickdarm an der Flexura coli sinistra ist durch eine ringförmige 3 cm lange narbig zusammengezogene ulcerirte Masse verengt. Das Colon mit dem Magen, sowie mit dem Netze verwachsen. Der erste Tumor stellt mikroskopisch ein Plattenepithelcarcinom dar, ausgehend vom Epithel der Schleimhaut der portio vaginalis uteri und der Vagina.

Die Lymphdrüsen der ligamenta lata erweisen sich als carcinomatös entartet. Die zweite Neubildung der Flexura coli sinistra ist ein von dem Epithel der Lieberkühn'schen Krypten sich ableitender Cylinderkrebs mit schleimiger Entartung und mit Metastasenbildung im Netz.

VIII. und IX. Fall. (Podrouzek 1887) [9]) Das Original dieser Fälle war uns leider nicht zugänglich, deshalb berichten wir, was der französische Forscher Bard [10]) über diese Fälle referirt. Nachdem er kurz einige Forscher bezüglich ihrer Angaben über Fälle von primärem Krebs kritisirt hat, sagt er von Podrouzek:

„Podrouzek nimmt die Einteilung von Beck an, er fügt jedoch 2 neue Fälle den 5 vorhergehenden hinzu.

Den einen verdankt er Orth (1887), welcher das Präparat in seinem Museum aufbewahrt hat: ein Stück von der Schleimhaut des Pylorus mit typischem Cylinderkrebs und auf der serösen Aussenseite der Magenwand ein knotiges Gebilde, das nichts andres ist, als ein Secundärknoten von einem Colloidkrebs des Coecums.

Ein neuer Fall, den der Forscher selbst beobachtet hat in dem Laboratorium von Chiari, und bei welchem er sehr eingehende Untersuchung mit dem Mikroskop gemacht hat, war bei einem Mann von 74 Jahren: ein fibröses Carcinom des Pylorus ausgehend von den Schleimdrüsen des Magens und ein Gallertkarcinom des Coecums, das in den Lieberkühn'schen Krypten dieses Organs seinen Ursprung genommen hatte.

X. Fall. (Israel-Abesser 1886) [11]) 67jähr Mann, glaubt

---

[9]) Podrouzek, Prager med. Wochenschrift. 1887.

[10]) Bard, Archives générales de medizine 1892.

[11]) Abesser, Inaug.-Dissertation, Berlin 1886. Ueber das Auftreten zweier primärer Carcinome.

beim Verschlucken eines Knochenstückchens sich die später ulcerirende Wunde an der rechten Seite der Zunge zugezogen zu haben, und zwar im Mai 1883. Am 5. October in's Hospital aufgenommen, wurde Malignität des Geschwürs festgestellt Am 6. October Operation, am 7. October Exitus letalis.

Wesentlicher Sectionsbefund: Vulnus artificiale ad marginem maxillae inferioris et linguae. Pleuritis adhaesiva duplex. Bronchopneumonia. Oedema pulmonum. Atrophia renum. Carcinoma jejuni. —

Von dem excidirten Zungenteile ergab die Untersuchung ein Cancroid (Plattenepithelkrebs), der ausgegangen war von der Haut der Zunge. Für den Dünndarmkrebs ergab die recht genaue mikroskopische Untersuchung auf's ausgeprägteste den Charakter des Cylinderepithelkrebses, wie er sich häufig im Darmtractus findet. — Jeder dieser Tumoren ging also von den epithelialen Gebilden des Mutterbodens aus, jeder Mutterboden derselben stellte eine Praedilectionsstelle dar. Gegen Dissemination oder Contactwirkung sprach entschieden die histologische Differenz. Genetisch stammt die eine Gruppe vom äusseren Keimblatte mit epidermoidalen Epithelien, die andre vom Darmdrüsenblatt mit cylindrischem Darmepithel.

XI. Fall. (Küster 1887) [12]) von Michelsohn beschrieben.

42jährige Frau wird in's Augusta-Hospital am 18. 10. 87 aufgenommen. Diagnose: Carcinomae mammae. Am nächsten Tage Amputatio mammae. Der harte Tumor der rechten Brustdrüse, der mit der Haut verwachsen ist, zeigt auf dem Querschnitt, dass die Hauptmasse des Tumors noch aus normalem Drüsengewebe besteht, welches vielfach durchsetzt ist von fibrös narbigen Partien. Mikroskopischer Befund: Uebergang von Drüsen in Krebsgewebe; letzteres zeigt grosse, zum Teil central nekrotisirende Alveolen.

27. 1. 88 wiederum Aufnahme in's Spital.

Diagnose: Carcinoma recens der rechten Brust carcinoma mammae sin. Seit 14 Tagen bemerkt Patientin 2 Knötchen in der alten Amputationsnarbe und eine Geschwulst in der linken Brust. Diese zeigt im innern obern Quadranten einen kleinen,

---

[12]) Michelsohn, Inaug.-Dissert. 1889 Berlin.

derben, mit dem Drüsengewebe fest verwachsenen Tumor. Haut, Warze sind verschieblich, ebenso die Brust auf der Pectoralfascie. Auf der linken Brust befindet sich oberhalb der Brustwarze ein linsengrosses Knötchen. Die linke Achselhöhle zeigt eine derbe, gut bohnengrosse Drüse. Probatorische Incision auf den Tumor sicherte die Diagnose auf Carcinom. Amputatio mammae sin. c. e. a.

Umschneidung der Recidivknötchen in der alten Narbe. Excision derselben. Mikroskopischer Befund: Zellenreicher tubulärer Drüsenepithelkrebs.

Es sind also die beiden Carcinome unabhängig von einander entstanden, mit eigener Metastasenbildung zu betrachten.

XII. Fall. (Küster 1889)[13]) 29. 6. 89 wird 60½jährige Frau aufgenommen.

Diagnose: Carcinoma mammae und Cancroid der Nase. Seit Februar bemerkt Patientin, die früher stets gesund, einen kleinen Knoten in der rechten Brust, der allmählich immer härter und grösser wurde. An der rechten Nasenfalte ein erbsengrosses, an der Oberfläche über die Haut prominierendes Knötchen, mit der Haut verschieblich. Amputatio mammae mit Ausräumung der Achselhöhle. Der eigentliche Tumor ist nur kirschkerngross und bestätigt die Diagnose auf Carcinom.

Mikroskopischer Befund: Carcinoma mammae et facici. Ersteres stellt die acinöse Form des Drüsenepithelkrebs dar, bei letzterem war Krebsgewebe nicht deutlich zu erkennen. Eine kleine Stelle, wo mächtig entwickelte Talgdrüsen vorhanden. Wenn auch das Mikroskop nicht unzweifelhaft entschied, so waren doch die klinischen Zeichen und der Umstand, dass die Neubildung recidivirte, durchaus geeignet, bei der klinischen Diagnose Cancroid zu bleiben.

XIII. Fall (Bard 1892).[14]) Derselbe Forscher, welcher, wie oben erwähnt, die Fälle von Podrouzek citirt, berichtet selbst einen neuen Fall, den wir ebenfalls in's deutsche übersetzt wiedergeben wollen; und zwar wollen wir nur diejenigen Stellen aus dem sehr ausführlichen Sectionsprotokoll erwähnen, die zur Beurteilung des Falles nötig sind. — Es handelt sich um eine

---

[13]) Michelsohn. Inaug.-Diss. 1889. Berlin.

[14]) Bard. Archives génerales de medizine, 1892. fol. 139.

57jährige Frau mit primärem, verhorntem Krebs des Uterushalses (épithélioma cornée) und primärem Krebs des obersten Teiles des Pankreas: Cylinderkrebs. Er sagt:

Die erweiterte Gallenblase setzt sich fort ohne Abgrenzungslinie bis an ein sehr hartes neoplastisches Gebilde, welches an dem Hilus der Leber hängt und in enger Beziehung mit dem Pankreas steht, von dem er die Oberfläche einnimmt, ohne aber die benachbarten Teile ergriffen zu haben, besonders lässt er das Foramen Winslowii unberührt. Die Geschwulst ist nur von geringer Ausdehnung, verstreut gelagert zwischen Pankreas und Leber, sie lässt den Zwölffingerdarm intact, mit dem sie auch nicht zusammenhängt, noch an ihn heranreicht. Der ductus choledochus ist so stark eingeengt, dass man ihn weder katheterisiren, ja nicht einmal wieder erkennen kann im Innern der Geschwulst. In der nächsten Umgebung sind einige Drüsen leicht geschwollen. Man kann unmöglich beim Ansehen sagen, dass die Geschwulst ihre Entstehung in dem Innern der Spitze des Pankreas oder in einer unmittelbaren Nachbarschaft hat.

Der Uterus ist klein, seine Höhlung ist ein wenig erweitert, il se laisse facilement arracher par traction du vagin, rigide et envahi par le néoplasme. Der Hals ist unkenntlich gemacht durch die Geschwulst, ist sehr hart und für das Messer sehr widerstandsfähig, jedoch keineswegs ausgedehnt und erweitert.

Bezüglich der mikroskopischen Untersuchung sagt er: Die Uterusgeschwulst entspricht dem klassischen Typus des lappenförmigen Epithelkrebses (Epithélioma lobulé), die Geschwulst des Pankreas gehört in die Klasse der Cylinderkrebse.

XIV. Fall (Heller 1894). Dieser letzte Fall, den wir den litterarischen hinzufügen wollen, ist im pathologischen Institut zu Kiel von Herrn Geheimrat Heller beobachtet, mit dessen gütiger Erlaubnis er hier veröffentlicht wird.

Es handelt sich um eine 43jährige Frau, bei der die klinische Diagnose auf carcinoma ventriculi gestellt und dann die Gastroenterostomie gemacht war. Der Tod erfolgte etwa 10 Monate nach der Operation.

Wesentlicher Befund im allgemeinen:

Zahlreiche, bronchiektatische Cavernen beider Lungenspitzen,

Krebs des ganzen Magens mit fast vollkommener Verlegung des Pylorus. Communikation zwischen Magen und Dünndarm (Gastroenterostomie). Starke, narbige Verwachsungen in der Duodenalgegend. Miliare Carcinose des Peritoneums. Atrofie der Gallenblase und der Leber. Carcinose beider Ovarien. Kleine Cysten beider ligamenta lata und der Portio. Subperitonealer Käseheerd im Douglas nahe an der Grenze von Uterus und Cervix. Milzschwellung. Hyperämie und Oedem der Lungen. Starke Secretanhäufung, schmutzig braun, zT. käsig, T. B. in Cavernen und Bronchien. Ausgedehnte Residuen von Pleuritis rechts und an beiden Spitzen. Sehr schlaffes atrofisches Herz. Tuberkulöse Geschwüre des Dünndarms. Thrombose der venae hypogastricae.

Section Herr Dr. Gerstenberg. [15])

Abgemagerte, weibliche Leiche, Haut blass, Totenstarre noch bestehend. Im linken Hypochondrium eine ca. 15 cm lange, feine Narbe. In der Bauchhöhle zahlreiche Verwachsungen. Das spärlich vorhandene Netz ist mit dem Quercolon verwachsen. Die Verwachsungen erstrecken sich hinüber bis zur Milzgegend, der linken Colonflexur und zur linken Niere. Unter denselben fühlt man einen vom Magen, mit seiner stark verdickten vordern und hintern Wand, dem Pankreas und einem an ihm herangezogenen Haufen von Darmschlingen gebildeten Tumor. Die Verdickung der Magenwand beträgt im Durchschnitt 1 cm, in der Pylorusgegend bis zu 3 cm; Pylorus für Bleisonde durchgängig. In der vordern, obern Magenwand, ungefähr der Mitte der Gegend der kleinen Curvatur entsprechend, 2 ovale, durch eine Schleimhautbrücke getrennte Vertiefungen, an deren linkem Rande eine Naht noch deutlich sichtbar ist. Letztere ist mit der Brücke durch einen mittelstarken Seidenfaden verbunden. Die Schleimhaut der Vertiefungen erweist sich als dem Dünndarm angehörig. Die dort gebildete Oeffnung ist für den Daumen gut durchgängig, hineingelassenes Wasser fiiesst am untern Ende des Dünndarms ab. Die Schleimhaut des Magens ist überall vorhanden, faltig, wulstig, zT. polypenartig, mit schwarzgrünen, grösseren und kleineren

[15]) S.-Nr. 492. 1894.

Flecken (alte Blutungen) besät. Die Leber klein, schlaff, auf dem Durchschnitt blass, gelbbraun gefleckt, bedeckt mit ihrem untern Rand den Magen fast ganz, links vom ligamentum teres, auf der Oberfläche spärliche, blasse, bis stecknadelkopfgrosse Knötchen. Eben solche zahlreich überall im Mesenterium und im kleinen Becken. Gallenblase klein, enthält spärliche Galle, in der Nähe ihres Ausführungsganges ein haselnussgrosser Tumor von blassgrauer Farbe und glatter Schnitt- und Oberfläche. Milz von normaler Grösse, mit dem Zwerchfell fest verwachsen, Dünndarm und Dickdarm zeigt eine Menge stark gelbbraun gefärbten weichen Inhaltes. Die Schleimhaut stellenweise hämorrhagisch, Uterus etwas retroflektirt. An Stelle der Ovarien links ein knolliger, hühnereigrosser Tumor, rechts ein 8 cm langer, wurstförmiger Tumor, ebenfalls mit knolliger Oberfläche. Auf dem Durchschnitt zeigen beide ein markiges Aussehen, mit einzelnen schwieligen Strängen und zart weissgrauer Farbe. Portio etwas zerklüftet und arrodirt mit sehr kleinen Cystchen am Uebergang zur Scheide. Uterus gross, zeigt an seinem peritonealen Ueberzuge zahlreiche weisse Knötchen. An seiner vordern Fläche (Grenze des Corpus und der cervix) ein flacher, 1 cm breiter Käseherd; im rechten und linken ligamentum latum, in der Nähe der Fimbrien je eine bis erbsengrosse Cyste.

Mikroskopischer Befund der Neubildungen:

Magen- und Ovarialtumor: Kleinzelliger Krebs, schlauchförmig, im Bindegewebe verlaufend, wenig Neigung zu Zapfenbildung.

Peritoneum: Knötchen mikroskopisch Adenocarcinom, ebenso eine Drüse vom ductus choledochus.

Von den meisten der aufgeführten Fälle ergiebt sich die primäre Natur der Neubildungen, bei einem Individuum schon aus der verschiedenartigen histogenetischen Struktur. Wir müssen aber auch hier eine Einschränkung machen, die sich aus der noch unsicheren Entstehungsweise des Carcinoms ergiebt. Nehmen wir z. B. an, — und dieser Theorie hängen manche Forscher nach — es würde das Carcinom durch pflanzliche oder tierische Parasiten hervorgerufen, und es würde dann vom Orte des ersten Neoplasma's ein solcher Krankheitserreger in lebensfähigem Zustande

etwa auf dem Blutwege an den Ort des anderen Neoplasma's verschleppt und brächte dort eine Wucherung des specifischen Epithelien hervor, könnte man da noch von zwei primären Carcinomen reden, auch wenn ihre Structur verschieden ist? Es ist dies aber nicht anzunehmen, weil wir bei Uebertragung von einem Ort zum andern viel häufiger derartige von uns als primär bezeichnete Carcinome finden müssten.

Hätte die Verschleppung auf dem Lymphwege stattgefunden, so fänden wir die Spuren derselben bis zum zweiten Entstehungsorte, denn wir machen tagtäglich an Leichen die Erfahrung, dass zunächst immer die Lymphdrüsen von den Metastasen befallen werden. —

Wir müssen vielmehr das Carcinom als ein locales Leiden ansehen, dass vielleicht durch chronische Reizzustände, hauptsächlich durch chronische Wundreize hervorgebracht wird, die sich, wenn auch manchmal nicht direkt in die Augen springend, doch meistens nachweisen resp. denken lassen. Wir finden diese Entstehung aus chronischen Wundreizen typisch bei Landleuten, die die Pfeife fast den ganzen Tag an derselben Stelle des Mundes hängen haben, wir finden sie bei alten Magennarben, die beständig Dehnungen und Zerrungen durch die eingeführten Speisen ausgesetzt sind, wir finden sie bei schlecht behandelten, lang andauernden und nicht heilenden Wunden, die einer beständigen Behandlung oder vielmehr Mishandlung ausgesetzt sind, ebenso bei Hautwarzen und wohl allen Carcinomen. Auch bei primärem Carcinom des Ovariums kann man solche Wundreize annehmen, und zwar von den Graaf'schen Follikeln ausgehend. Das durch das Platzen des Follikels ausgetretene Blut kann bei mangelhafter Resorption als Fremdkörper wirken und das Gewebe in einen chronischen Reizzustand versetzen. In ähnlicher Weise können wir unsern als Fall II beschriebenen, von Hausmann berichteten doppelten Nebennierenkrebs durch infolge Sturzes aus dem Eisenbahnwagen entstandene Blutungen erklären. Wie gesagt, solche Reize lassen sich fast in allen Fällen nachweisen; nun können wir aber in sehr vielen Fällen nachweisen, dass diese chronischen Entzündungsreize nicht zu dieser eigenartigen Neubildung führen, wir können also nur sagen, dass durch dieselben eine Prädilec-

tionsstelle für die Neubildung geschaffen wird. Denken wir uns nun 2 solche Prädilectionsstellen im Körper und das uns noch unbekannte schädliche Agens hinzutretend, sei es ein pflanzlicher oder tierischer Parasit, so sehen wir das entstehen, was wir als Multiplicität primärer Carcinome bezeichnen. —

Zum Schluss können wir noch aus unserem Fall lernen, wie neben Carcinom auch Tuberkulose im Körper vorhanden sein kann, entgegen der frühern Annahme, dass diese beiden Erkrankungen sich gegenseitig ausschlössen. Wir finden nämlich bei unserm Fall neben primärem Carcinom des Magens und beider Ovarien noch tuberculöse Geschwüre im Dünndarm.

Zum Schluss der Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geheimrat Prof. Dr. Heller für die gütige Ueberlassung des Themas meinen wärmsten Dank auszusprechen.

Vita.

Ich, Joseph, Bernhard Koch, bin geboren am 29. August 1871 zu Münster i. W., kath. Konfession. Meine Vorbildung genoss ich auf verschiedenen Elementarschulen und auf dem Gymnasium Paulinum in Münster, das ich 1891 Ostern mit dem Zeugnis der Reife verliess. Dann wurde ich zu Greifswald bei der medizin. Facultät inscribirt, woselbst ich nach 4 Semestern das Tentamen physicum bestand, vom fünften Semester ab studirte ich in Kiel, mit Ausnahme des achten in Berlin. In Kiel bestand ich im April 1896 die ärztliche Staatsprüfung und im Mai das examen rigorosum.

